مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية – سلسلة العلوم الطبية المجلد (17) العدد (4) 1995
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medicine Series Vol. (17) No (4) 1995

حول التهابات الثدي بعد الولادة

الدكتور عصام محمد الدالي*

☐ الملخّص ☐

تشمل الورقة على لمحة تشريحية وفيزيولوجية عن الثدي عند المرأة وتطوره، كما تشمل عرضاً للنسب العالمية حول التهابات الثدي وتأثيراتها النفسية على الأم بسبب عدم تمكنها من الرضاعة وفقدانها لحس الأمومة حيث أن أكثر من نصف الأطفال يتحولون من الرضاعة الطبيعية إلى الاصطناعية كما وتشمل على أسباب الالتهابات كالمكورات العنقودية والعقدية والعصيات الكولونية والكليبسيلا. حسب الاحصاءات الحديثة.

نتطرق أيضاً إلى أشكال التهاب الثدي وهي:

المصلي، والارتشاحي، والقيحي، والفلغموني، أو عش النحل والتخريبي وسير كل نوع من هذه الأنواع والأعراض السريرية وطرق التشخيص المخبري لالتهابات الثدي.

مع العلاج الناجح والحديث لتلك الأشكال وطرق الوقاية من التهابات الثدي، والاقتراحات والتوصيات المقترحة للتخفيف من الإصابات بالتهاب الثدي.

* أستاذ مساعد في قسم التوليد وأمراض النساء – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية – سلسلة العلوم الطبية المجلد (17) العدد (4) 1995
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medicine Series Vol. (17) No (4) 1995

Contraceptive Subdermal Implantants (Norplant)

Dr. Issam AL-DALI*

❐ ABSTRACT ❐

As we enter the final decade of the 20th century, we are included to ask what family planning methods we will have to offer women by the year 2000. Among the most exciting new cotraceptives are progestin only approaches to birth control:

- *Norplant implante (Levonorgestrel) providings years of highly effective contraception.*
- *Biode gradable implants such as Capronor (Levonorgestrel) providing 18 months of protection.*
- *Injectable microspheres (norethindrone) providing up 6 months of protection.*

The hormone in theses progestin only contraceptive may prevent pregnancy via several mechanisms, including inhibition of ovulation:

- *Thichening of crevical mucus (making sperm penetration difficult).*
- *Creation of a thin, atrophuc endometrium.*
- *Premature luteolysis.*

* Associate Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

إن الثدي غدة مزدوجة في الإنسان وهي في الأنثى مفرزة للحليب وذات علاقة بجهازها التناسلي ويتوقف نمو الثديين في الذكور بعد الولادة أما في الإناث فيستمر بعدها ولا سيما في فترة البلوغ. يشبه ثدي الأنثى نصف كرة وفي قمته الشاهد حلمة بارزة تحيط بها دائرة شديدة الاصطباغ تدعى الهالة. يتركب الثدي من 15–35 فصا غديا متراصا يفصل بعضها عن بعض نسيج ضام شحمي وغزير وتخرج من الفصوص أقنية مفرغة لبنية قطرها 2–4.5 ملم.

تقع غدة الثدي فوق لفافة العضلة الصدرية الكبيرة لكن حدودها الدقيقة المحيطة تختلف من أنثى لأخرى.

أما في الشكل العادي فإن أنسجة الثدي تمتد إلى الخط المتوسط فوق القص وجانبياً إلى الخط الأبطي الأمامي ومن الضلع الثانية في الأعلى إلى الضلع السادسة في السفل أن معظم الاختلافات التشريحية في امتدادات الثدي المحيطية تقع في منطقة الإبط وتكون بشكل ضيق أو عدم امتداد تام للمنطقة الابطية وتمسى عندئذ بذل الثدي الابطي وترى خلف أو أسفل العضلة الصدرية الكبيرة في مستوى الثلث السفلي للابط.

تحاط غدة الثدي بطبقة وافرة من النسيج الشحمي وتختلف كثافة هذا النسيج الشحمي بشدة من امرأة لأخرى حيث تكون قليلة الكمية أو معدومة في النساء النحيلات بينما تكون وارفة في البدينات.

توجد في الثدي لفافتان ليفيتان احداهما سطحية والأخرى عميقة ترتبط اللفافة السطحية للثدي بالجلد وهذا يعتبر ذا أهمية سريرية كبيرة في تشخيص العديد من آفات الثدي وباللفافة العميقة من جهة ثانية وتحيط اللفافة السطحية بالفصوص أما اللفافة العميقة تحيط بالأقنية والعنبات المكونة لنسيج الثدي الغدي، إن رباط كوبر أو الحجب الليفية التي تصل اللفافتين السطحية والعميقة هي التي تعطي الثدي البنية العضدية وبالتالي المظهر غير المنتظم في السطح الأمامي للثدي.

يتكون نسيج الثدي من 10–20 فص يتصل كل فص بقناة وتجتمع هذه الأقنية قرب الحلمة مشكلة اتساع يسمى المحل الذي ينقسم إلى أقنية دقيقة تنتهي بفتحات صغيرة بالحلمة وكنتيجة لذلك يمكن أن نقول أن كل فوهة تفجر جزء من نسيج الثدي وهذا له أهميته الكبيرة في تقصي النزف أو أي اضطراب يحصل ضمن الثدي وذلك عن الطريق عبر الحلمة.

يختلف عدد العنبات تبعاً للتغيرات الهرمونية وذلك أثناء البلوغ وسنوات الاخصاب وبعد انقطاع الطمث أما التغيرات الكمية في الأقنية فهي قليلة المشاهدة بعد البلوغ عدا فترتي الحمل والارضاع.

وكما نعلم فإن الثديين يكبر حجمهما عند البلوغ بتوضع النسج الشحمية. وتحدث تغيرات في الحلمة والهالة وتتطاول الأقنية داخل الثديين وتتفرع. أما النسيج الحويصلي الغدي الذي يفرز الحليب فلا يتكون حتى حدوث الحمل مؤدياً إلى زيادة حجم االثديين /700/غ.

يتكون النسيج الظهاري للأقنية من أكثر من طبقة ويزداد الجهاز القنوي في الشهر الأولى من الحمل ومنذ الشهر الثالث تتوسع الطبقة الظهارية السطحية للقنيات المتشكلة حديثاً بينما تتحول الطبقة العميقة إلى خلايا مفرزة في الحويصلات وعلى الرغم من التطور الكامل الذي يبلغه الثدي في الشهر السادس من الحمل إلا أنه لا يفرز الحليب إلا بعد الولادة وقد يحصل الارضاع حتى بعد حمل استمر فترة قصيرة تبلغ /4/ اشهر. يتكون الثدي من عشرين جزءاً تتحد معاً في الحلمة تكون النسج المفرزة للحليب محيطية وتتحد القنيات الناشئة من الحويصلات المفرزة لكل جزء من الأجزاء لتشكل قناة اكبر توصل الحليب إلى سطح الحلمة. عندما تمر القنيات الجزئية تحت الهالة إلى الحلمة تتوسع لتشكل جيباً حليبية قد يصل قطرها إلى 1 سم. تفرز الحويصلات الحليب بشكل مستمر لكنه يتجمع بين الرضعات في اللمعة ويمكن للمرأة المرضع أن تفرز 220

سم^3 من الحليب في الوجبة وهذا يعني أن كل ثدي يفرز أكثر من 100 سم^3 من الحليب. يكون النسيج الظهاري المفرز اسطواني الخلايا عندما تكون الحويصلات فارغة ويصبح مسطحاً عندما تكون ممتلئة وتوجد حول الحويصلات خلايا ظهارية عضلية تتقلص وتدفع الحليب من الحويصلات إلى القنيات وفي جدران القنيات هنالك ألياف عضلية ملساء تتقلص لتدفع الحليب إلى الحلمة التي تكون عادة متبارزة أكثر خلايا الحمل بحيث يصبح من السهل للمرضع التقاطها. وخلال الارضاع تدخل الحلمة في فم الطفل بشكل جيد حتى تتمكن اللثة من القبض على جلد الهالة وعصر الحليب من الجيوب الحليبية ومن الضروري القول أن حجم الثدي لا يعطي دلالة حقيقية عن نجاح الارضاع فبعض الأثداء الصغيرة تحتوي على نسج غدية أكثر من الأثداء الكبيرة والمهم أن يزداد حجم الثدي أثناء الحمل. فإذا ما ازداد محيط صدر المرأة 5 سم خلال الحمل فمن المؤكد أنها ستكون قادرة على الارضاع. كما أن هناك ثلاث طرق يسلكها ملف الثدي خلال سيره في داخل إلى خارج الثدي:

1. يصب معظم ملف الثدي في العقد الابطية المركزية والعقد فوق الوريد الابطي.
2. يصب قسم ضئيل من العود اللمفاوي في عقد السلسة الثديية الباطنة وذلك بعد أن يخترق العضلة الصدرية الكبيرة والعضلات الوربية.
3. هنالك طريق إضافي يخترق العضلة الصدرية الكبيرة ويصب في العقد فوق الترقوة أو تحت الترقوة خلف العضلة الصدرية الصغيرة. ولقد تمت معرفة السيطرة الهرمونية على غدة الثدي بإجراء الدراسات التجريبية على الحيوانات وبالخزعات المأخوذة من أثداء في أطوار مختلفة من النمو والتغيرات الفيزيولوجية والمرضية ويتم هذا التأثير الهرموني تحت اشراف وبالتعاون ما بين النخامة والمبيض وقشر الكظر وحتى يحقق الثدي وظيفته الفيزيولوجية وعملية الإدرار يجب أن يكون خاضعاً لتأثير هذه المجموعة الهرمونية. إن الثدي الطبيعي يبدي تغيرات في بنائه الغدي في فترات النمو كما يلي:

1- عند الولادة: يكون الثدي عضواً بدئياً لا يحوي سوى أقنية.

2- في سن البلوغ: ينضج الثدي تحت تأثيرات الهرمونات النخامية الستروجين والبروجسترون ويتحول إلى بناء غدي يحوي أقنية وعنبات.

3- تحصل تغيرات على البناء الغدي في كل دورة شهرية لا يقع تحت تأثيرها كل الفصوص وتشمل هذه التغيرات:

أ- التأثير الاستروجيني في النصف الأول من الدورة الطمثية ويقع تأثيره على زيادة نمو القنوات وعلى تهيئة الثدي لتأثير البروجسترون.

ب- التأثير البروجستروني في النصف الثاني من الدورة الطمثية ويقع تأثيره على زيادة نمو العنبات.

تظهر هذه التبدلات بشكل حس امتلاء وصلابة في الثديين مع زيادة في حساسيتهما.

4- أثناء الحمل: خلال الأشهر الأولى تقع التبدلات في القسم القنوي. وخلال الأشهر الأخيرة يكون النمو في العنبات مع إفراز ما قبل الارضاع لمادة تسمى اللبأ.

5- ما بعد الولادة: يقع الثدي تحت تاثير الهرمون النخامي البرولاكتين الذي يزيد من إفراز الحليب. كما أن تطور الحويصلات المفرزة في المرأة يتم بتأثير الستروجين والبرولاكتين والأدينو كورتيكوسيتروئيد.

6- ما بعد سن اليأس: تقع التأثيرات الاستروجينية والبروجستونية المبيضية المنشأ ويحدث ضمور في الثدي ويرتشح بالنسيج الشحمي عوضاً عن النسيج الأصلي.

بعد هذه المقدمة لا بد لنا من الدخول إلى صلب الموضوع والذي سنتحدث فيه عن الالتهابات التي تصيب الثدي بعد الولادة حيث لاحظ العلماء والأطباء المولدون والنسائيون من خلال الاحصاءات العالمية في الأعوام العشرة الأخيرة عدم انخفاض نسبة الأمراض الالتهابية بعد الولادة بالرغم من استخدام الطرق الحديثة للوقاية والمعالجة من تلك الأمراض وهذا يتعلق بشكل أساسي بالتهابات الثدي التي تعتبر من أهم الالتهابات التي تحدث بعد الولادة.

إن التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لالتهاب الثدي تعكس نتائج سيئة على صحة الأم المرضع والطفل الوليد وتؤدي في بعض الأحيان إلى صدمة نفسية لعدم قدرة الولود على الارضاع وفقدان حس الأمومة وأحياناً أخرى بسبب ظهور تشوه ندبي في الثدي من جراء التفجير الجراحي للخراجات القيحية بغدة الثدي.

كما أن أكثر من نصف الأطفال يتحولون من الرضاعة الطبيعية إلى الاصطناعية. وتتراوح نسبة التهاب الثدي في الدول المتقدمة ما بين 0.5-20% من مجموع الولادات وفي الاتحاد السوفييتي تبلغ هذه النسبة 3-6%. أما في القطر العربي السوري فللأسف لا توجد هنالك احصائيات دقيقة حول هذا الموضوع ونسبة التهابات الثدي بالنسبة لكافة الالتهابات القيحية التي تواجه الجسم بلغت 7-27%.

يعرف التهاب الثدي بأنه الحالة الالتهابية الحادة أو القيحية المعممة أو المركزة في نسج غدة الثدي وكثيراً ما يحدث في الأيام الأولى بعد الولادة من اليوم السابع حتى الحادي والعشرين ويصادف الخروسات بثلاث مرات أكثر من الولودات.

ونسبة إصابة الثدي الأيمن هي 55.6% أما إصابة اليسر 40.7% وذلك لسهولة الرضاعة من الثدي الأيسر وصعوبتها في الأيمن ونسبة الإصابة في الثديين معاً بلغت 3.7% حسب احصائيات الثمانينات. كما ويشاهد التهاب الثدي بكثرة خلال فصلي الربيع والصيف.

ومن العوامل المسببة لهذا الالتهاب الميكروبات القيحية وبالدرجة الرئيسية المكورات العنقودية 85% وبدرجة ثانوية المكورات العقدية والعصيات الكولونية والبروتسيلا والعصيات الزرق.

ويجري انتقال الميكروبات القيحية إلى الثدي عبر تشققات الحلمة بالأيدي المتلوثة أو البياضات الملوثة أو بوساطة انتقال العدوى عن طريق الهواء حيث تدخل هذه الميكروبات وتتوضع بالخلايا بين فصوص الغدة. كما هنالك طرق أخرى لدخول الجراثيم هي دموية المنشأ عن طريق تعميم وانتشار الجراثيم من الأعضاء التي تحوي بؤراً التهابية أو لمفاوية أو لبنية المنشأ ويلعب دوراً هاماً هنا انحباس الحليب بعد الولادة أو تخثره مما يؤدي لتقشير خلايا الابيبيتيليل لمجاري الغدة اللبنية مما يؤدي لدخول الجراثيم للثدي مفرزة الذيفان حيث تميت العناصر التشريحية لغدة الثدي وقسماً من الكريات البيض الآتية للدفاع. هذا وأن سير التهاب الثدي بعد الولادة يتوقف على سرعة التشخيص والعلاج الفعال ومناعة جسم المرأة.

وهناك أنواع عدة لالتهاب الثدي منها:

التهاب الثدي المصلي، والارتشاحي والقيحي والفلغموني أو المسمى بعش النحل والتخريبي. والأعراض السريرة تختلف من حالة لأخرى كما أن تشخيص التهاب الثدي صعب في البداية وسهل مع تقدم المرض ونادراً ما تظهر الأعراض فجأة بل يجب أن يكون هنالك مقدمة للمرض وعملية الالتهاب بحد ذاتها تؤدي إلى انسداد مجاري الثدي محدثة ركود الحليب فيه:

1. فالتهاب الثدي المصلي يصادف الأم خلال الأسبوع الأول بعد الولادة ويبدأ بثقل واحمرار في الثدي ناتج عن توسع الأوعية الدموية فيه ويزول مؤقتاً بالضغط والحرارة التي تلاحظ مباشرة بعد الولادة بعدة أيام

وهي غير مرتفعة كثيراً قد تصل إلى 38 درجة ومن صفاتها أنها مستمرة وطويلة وسببها زيادة التوعية في الثدي الملتهب كما يلاحظ ارتفاع الحرارة الموضعية للثدي بالمقارنة مع أعضاء الجسم الأخرى مع تشعريرية ووهن عام ووجع بالرأس وزيادة انحباس الحليب في الثدي.

2. أما التهاب الثدي المرتشح فيصادف حتى اليوم العاشر بعد الولادة ومسيره لا يختلف عن مسير التهاب الثدي المصلي إلا بانخفاض الحرارة لحدودها الطبيعية في الأشكال الارتشاحية وذلك لأن الثدي يبدأ هنا بارتشاف كمية من السوائل الموجودة في الثدي كذلك يكون قوامه متحجراً مائلاً للصلابة في بعض فصوصه يقر فيها الطبيب بالفحص السريري سيما إذا كان ذا خبرة في أمراض الثدي. مع آلام في منطقة ما تحت الابط وصعوبة وألم في الرضاعة ناتج عن انضغاط التهابات عصبية بسبب الارتشاح الحادث في النسج الغدية للثدي.

أما التهاب الثدي القيحي فيتم مصادفة وظهوره في حالة التأخير في التشخيص أو سوء المعالجة أو الاثنين معاً وأعراضه بالإضافة إلى ما ذكرنا الارتفاع الحاد في درجة الحرارة وقد تصل إلى 40 درجة مع انتفاخ وكبر بحجم الثدي ناشئ عن انصباب المصل الدموي وانسلال الكريات البيض من الأوعية الدموية في المنطقة المصابة إلى النسج. والقيح يتألف من جثث الكريات البيض والنسج الميتة كما يمكن الشعور بالتموجات الناتجة عن القيح كما نلاحظ تسرع النبض والتنفس وجفاف الفم وانعدام الشهية وقلق الحالة العامة للأم وقد تكون هنا الحلم غائرة.

وسير خراج الثدي يتوقف على فعالية العلاج ومقاومة المريضة فإما أن يرتشف أو يتقيح أو ينبثق وقد يكون الخراج في بعض الأحيان سبباً لانتشار عفونة الدم.

كما يمكن للقيح إذا صعفت حمى الجرثوم وكان العلاج غير كامل أن يبقى محاطاً بمحفظة مؤلفة من نسج ليفي مشكلاً خراجاً مزمناً إذ يصبح القيح المتواجد في الخراج عقيماً لا يحوي أي جراثيم.

كما أن خراج الثدي يتألف من عدة مناطق هي:

- المنطقة المحيطية التي تكون جدار الخراج.
- والمنطقة المركزية المؤلفة من النسج المتخربة النخرة بتأثير ذيفان الجراثيم وتنفصل هذه المواد عن المنطقة الالتهابية في الجدار بطبقة من الخلايا ذات أشكال كثيرة والصديد الناتج يتألف من خلايا بيضاء وجراثيم ونسج نخرة.
- ومنطقة البراعم اللحمية المؤلفة من نسيج ضام يحوي خلايا مدورة ذات نواة كبيرة موعاة توعية جيدة وعروق شعرية حديثة التكوين تحصر عدداً كبيراً من الكريات البيض.

4- أما التهابات الثدي الفلغموني أو عش النحل.

يمر بعدة مراحل:

1. المرحلة الأولى: وتحدث في الأيام الأولى من الإصابة القيحية انصباب نصلي عكر يسببه توسع الأوعية الناجم عن الالتهاب وارتشاح المصل في الدم وهذا الانصباب يحتوي الجراثيم والكريات البيضاء.
2. المرحلة الثانية: نشاهدها بعد اليوم الرابع من الالتهاب القيحي وهذا تابع لشدة الحمى الجرثومية ومقاومة جسم الأم فتتكون البؤر القيحية الصغيرة التي تنفصل عن بعضها بنسج ضام متورم.
3. المرحلة الثالثة: نصادفها بعد اليوم السادس حيث ينتشر ويتعمم القيح تحت الغشاء وبين الفصوص وبالشق الجراحي نرى أنسجة مرتشحة فيها ليفية وكريات بيض ومكونة فجوات ممتلئة قيحاً ومنفصلة بين بعضها عن بعض بنسيج ضام وهذا ما يسمى بعش النحل وتشمل ثلاثة أرباع الغدة اللبنية مع ألم حاد بالثدي حيث

لا يمكن لمسه وهو من الاختلاطات السيئة لالتهاب الثدي القيحي والفلغموني وترتفع فيه درجة الحرارة حتى 40-41 درجة مع توتر في سطح الثدي وصلابة غير محدودة ولمعة على جدار الثدي واحمرار مائل للسمرة وفي بعض الأحيان فقاعات على السطح الخارجي لجلد الثدي.

5- أما التهاب الثدي النخري المتخرب:

فهو قليل المصادفة ونشاهده عندما لا تنجح المعالجة ويتم فيه تغيير التركيب المورفولوجي للثدي ويمكن أن يشمل كل الثدي وهو معند على الصادات ويعتبر حافة أمراض الثدي السليمة ولا يشاهد إلا في البلدان المتأخرة طبياً.

ومن العوامل المساعدة في تشخيص التهاب الثدي بعض الفحوص المخبرية حيث نرى في فحص الدم ارتفاع الكريات البيض إذ يصبح 15-25 ألف كرية بيضاء في الـ ملم^3 مع ازدياد كثيرات النوى واليوزينوفيلي والنتيرروفيلي وازدياد سرعة التشغيل.

وبفحص مفرزات الثدي نلاحظ ارتفاع الكريات البيض (1 مل يحتوي على 2280 مع زيادة البنروفيلي) حيث تدل على حالة التهابية في الثدي لأنه بالشكل الطبيعي في إفرازات الثدي (1 مل يحتوي على 400-600 كرية) وهذا يظهر قبل 14 ساعة للأعراض السريرية لالتهاب الثدي ويجب اجراء هذا الفحص عند الشك بوجود التهاب الثدي. كما تساعد دراسة قلوية وحموضة الحليب وافرازات الثدي حيث 6.8 = في حليب الأم بشكل طبيعي أما في حالة التهاب الثدي فتبلغ 8-8.2 = كما أن لاختبار الريدوكتاز في الحليب أهمية كبيرة وهو سهل ويمكن اجراؤه دائماً.

11 مل أزرق أزرق الميتيل + 2 مل حليب الثدي تحت حرارة 38-40 درجة نلاحظ أن الخليط يصبح شفافاً ورائقاً كالماء بعد 25-20 دقيقة في حالات التهاب الثدي أما في الحالات التي لا توجد فيها التهاب ثدي فنحتاج إلى 4-6 ساعات للوصول إلى الشفافية المطلوبة.

ودراسة الحموضة الأمينية تدل على انخفاضها في حالات الثدي بنسب قد تصل إلى 30-50% وذلك تابع لدرجة الالتهاب. كذلك ترتفع الأمينوغلوبولينات ج-م.

وحسب الاحصائيات لوزارة الصحة في الاتحاد السوفييتي نلاحظ أن الزرع الجرثومي لحليب الأم المصابة بالتهاب الثدي تبينه النسبة التالية للجراثيم الممرضة:

62% مكورات عنقودية.

19.5% مكورات عقدية.

4.8% عصيات كولونية.

3.8% كليبسيلا.

2.4% عصيات زرق.

7.5% جراثيم مشتركة.

إن علاج التهاب الثدي ما زالت نتائجه غير مرضية ونطمح إلى نتائج أجود ويتجلى العلاج بالراحة التامة للأم بالفراش مع رفع الثديين بحمالة خاصة تمنع الاحتقان بالثدي مع اعطاء المضادات الحيوية كالبنسيلينات (الأوكساتسيلتي) 67.9%.

والأمينوغليكوزيد (جنتاميسين) ومركبات السلفا بمقادير عالية.

كما يمكن اعطاء مركب البارلوديل للتخفيف ومنع احتقان الحليب في الثدي كذلك يعطي النوب الذي يحدث تقلصات ويسرع في عملية ادرار الحليب كما وتعطى المهدئات والفيتامينات ويوصي بالتغذية الجيدة

للأم. وتوضع الكمادات الباردة أو أكياس الثلج على الثدي لتخفيف الدورة الدموية عنه ففي حالات الألم الشديد بالأشكال المصلية ويمكن وضع الكمادات الحارة في الحالات الارتشاحية لتحسين الدورة الدموية. كما يمكن اعطاء الأوكستوسين أو السينتوسينون بمقادير بسيطة (0.2 ميللي يونيت بالدقيقة في الوريد في اليوم الرابع للولادة وهو كاف لإحداث تقبض غدة الثدي وافراغ الحليب ومنع انحباسية في الثدي وله دور هام في تخفيف احتقان الثدي المؤلم حيث يقلص الألياف العضلية لقنيات اللبنية معاً يدفع لافراغ الحليب وفي بداية تشكل القيح يجري بزل الثدي وحقن البنسلين حرصاً ومحاولة لعدم تشويه الثدي بالجراحة لكن نتائج هذه الطريقة غير مستحبة ولا تعطي نتائج جيدة أو مضمونة وعندئذ لا مفر من التداخل الجراحي تحت التخدير العام بشق مناسب وموازي لقناة اللبنية ويجرى الشق من الأماكن الأكثر بروزاً وانخفاضاً لتأمين التفجير اليجد ويتم ادخال اصبع الطبيب الجراح لافراغ القيح وينصح بوضع معجز.

كما يستعمل في الاتحاد السوفييتي مركب الآلفيوين الجديد وهو من صنع جيوميد بألمانيا الديمقراطية ويتألف من الحموض الأمينية التالية: الأنين – أرجنين – أسبار غينوفي كيسلاتا – غيسيتدين – ايزوليتيسين – ليزين – ميتونين – مينيل آلانين – تربونين تريبتوغان – فالين.

بمقدار 2 سم كل يومين بكمتي ثلاث إلى خمس جرعات وله أهمية كبيرة في تقصير فترة العلاج وتحسين نتائجها كما يخفف من تحول الأشكال المصلية والارتشاحية للأشكال القيحية.

أما في الشكل الفلغموني أو عش النحل فعلى الغالب بعد التفجير الجراحي يحدث النكس لوجود أكثر من جيب قيحي وقد يحتاج لتفجير ثانٍ وثالث لكي يتم الشفاء.

والأشكال النخرية المتخربة تكون معندة على المضادات الحيوية وتحتاج في علاجها للجراحة وقد يستأصل جزء من الثدي حسب درجة التخرب وشدة الإصابة وقدمها.

لهذا كله يلعب دوراً هاماً في التهاب الثدي سرعة التشخيص والعلاج المناسب والجيد ومقاومة جسم المرأة وتحديد درجة الالتهاب بشكل صحيح كما أن الوقاية من التهابات الثدي بعد الولادة تتلخص في المحافظة على سلامة الثديين وتجنب تشقق الحلمات ومما يساعد على تجنب التشققات هو العناية بالثديين أثناء الحمل وإرضاع الطفل بصورة صحيحة وغسل الثديين يومياً بالماء الفاتر ومسحهما بمنشفة نظيفة قبل وبعد كل رضعة كما ينصح عند وجود قشور لبنية على الحلمات من اللبأ المفروز بغسلهم بمحلول حامض البوريك المركز 1% ومن الضروري عند الرضاعة العمل على أن يأخذ الطفل الحلمة سوية مع الحلقة المحيطة بها.

وكما أسلفنا يجب المحافظة على نظافة الثديين للأم المرضعة بشكل صارم.

وعند نشوء التشققات في الحلمة يمكن أن ترش بمسحوق الستربتومايسين وقبل الرضاعة يتم غسل الثدي بمحلول فيزيولوجي ممزوج بالبنسلين وبعد الرضاعة يتم غسل الحلمة ومسحها بالزيت.

وفي النهية لا بد من اعطاء بعض المقترحات والتوصيات للوقاية والتخفيف من الإصابة بالتهاب الثدي اللبني بعد الولادة وهي:

1- في دور الرعاية والأمومة والمستوصفات:

1- فرز ذوات القطر العالي ومراقبتهم بشكل دوري منتظم وعلى سبيل المثال:

- النساء اللواتي لديهن تغيرات أو تشوهات ولادية أو ضمور الثدي.
- النساء اللواتي يعانين من اضطرابات هرمونية.
- النساء اللواتي يعانين من التهابات نسائية.

- الحوامل اللواتي لديهن تعقيدات خلال مسيرة الحمل كفقر الدم والانسمام الحملي في الدور الثاني والتهديد بالإجهاض والخروسات بعد الثلاثين من العمر.

- النساء ذوات سوابق التهاب ثدي.

2- المراقبة الفعالة للحوامل واجراء الزرع الجرثومي المناسب ومعالجة البؤر الالتهابية في حال وجودها.

3- التشديد على الارشادات الطبية الوقائية المتبعة لتحضير الثدي للرضاعة بشكل سليم ويتجلى ذلك بالتعاون مع جمعيات تنظيم السرة ودور الرعاية وتثقيف القابلات للشرح الوافي لعملية تنظيف الثدي قبل الارضاع وبعده وكيفية الارضاع وتناوبه من ثدي لآخر.

4- حقن الحوامل بمصل ضد المكورات العنقودية بحقن 2 سم تحت الجلد في لوح الكتف في الأسبوع 28-35 من الحمل وفي اليوم الثالث بعد الولادة.

ب- في دور التوليد:

1- التعقيم الجيد لغرف المخاض وغرف المرضى وذلك للقضاء على الجراثيم التي قد تتواجد في المشافي كالمكورات والعنقوديات والعقدية.

2- انتقاء الطرق الناجعة لإنهاء الولادة.

3- الوقاية من النزوف ورضوض الطرق التناسلية.

4- المعالجة الفعالة والرسيعة لتشققات حلمة الثدي وانحباس الحليب وبداية التهاب الثدي المصلي كي لا يتحول إلى الشكل الارتشاحي أو القيحي الخ.

5- البدء بالارضاع الطبيعي باكراً بعد الولادة وأن أمكن خلال الساعة الأولى لتسهيل عملية الارضاع ومنع انحباس الحليب بالثدي.

6- الاقتراح بأن تمنح الأمهات أن أمكن اجازة أمومة لا تقل عن ثلاثة أشهر بعد الولادة لتتمكن من البقاء لجانب وليدها حتى يعود جسمها لحالته الصحية الجيدة بعد الولادة.

وبالمناسبة وعلى هامش المحاضرة فقد أثبتت التحريات والتجارب العلمية الأخيرة أن فيروس الأيدز ينتقل عن طريق حليب الثدي من الأم إلى الطفل الرضيع.